

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

326

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Mai 1897, à 1 heure

PAR

Edmond RICHARD

Né à Laval (Mayenne), le 29 octobre 1871

DE L'OSTÉOMYÉLITE

DE

L'OMOPLATE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. BROUARDEL, professeur.

HARTMANN et THOINOT, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Mai 1897, à 1 heure

PAR

Edmond RICHARD

Né à Laval (Mayenne), le 29 octobre 1871

DE L'OSTÉOMYÉLITE

DE

L'OMOPLATE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. BROUARDEL, professeur.

HARTMANN et THOINOT, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE -
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	Mathias DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des mala-	
dies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires...	GUYON
Clinique d'accouchement.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.. M. PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	WALTER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WEISS.
DELBET.	NETTER.	WIDAL.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WURTZ.
GILBERT.	trav. anatomiques.	
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERRER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

326

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien de Necker
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR MORESTIN

Prosecteur de la Faculté

AVANT-PROPOS

L'ostéomyélite frappe rarement l'omoplate, comme d'ailleurs tous les os plats. C'est une localisation tout à fait exceptionnelle ; même dans les services d'enfants, c'est à peine si on en recueille quelques observations. Dans ce court travail, nous avons tâché de réunir les cas épars dans la littérature médicale. Nous n'avons pas la prétention d'avoir été absolument complet, et nous croyons aussi que le petit nombre d'observations publiées ne donne pas une idée absolument exacte de la fréquence de la maladie. Quelques cas sans doute ont pu être méconnus, d'autres ont été jugés indignes de faire l'objet d'une publication. Mais les matériaux que nous avons réunis nous paraissent suffisants pour servir de base à une brève description de l'affection qui nous occupe, et pour établir le traitement qui lui convient. On ne trouvera dans notre modeste travail ni idée bien neuve, ni aperçu très original, mais tel quel il nous paraît combler une petite lacune, l'étude des localisations complètes de l'omo-

plate n'ayant, à part le mémoire déjà ancien d'Audry, été l'objet d'aucune monographie.

Ce sujet qui nous avait d'abord paru un peu mièvre, au fur et à mesure que nous creusions la question, et que nous lisions les observations, s'est montré beaucoup plus riche en considérations intéressantes que nous n'aurions osé l'espérer. Le siège presque constant de l'inflammation au niveau de l'angle externe de l'omoplate, la disposition des épiphyses glénoidienne et coracoïdienne, le grand danger qui en résulte pour l'articulation de l'épaule, la gravité de la maladie, la difficulté d'aborder son point de départ, et enfin les différentes manières de tourner cette difficulté, ont été successivement l'objet de nos recherches.

Nous avons été amenés aussi à faire sur le cadavre un certain nombre de tentatives opératoires suivies de dissection de la lésion opérée. Nous nous sommes finalement attachés à un manuel opératoire qui nous a paru simple, facile et sûr, et susceptible d'être utilisé pour toute intervention portant sur l'angle externe de l'omoplate.

Mais avant d'entreprendre ce travail dont nous venons d'exposer le plan, il est de notre devoir d'adresser nos remerciements les meilleurs à M. le docteur Morestin, prosecteur de la faculté, pour les nombreux conseils qu'il a bien voulu nous donner au sujet de cette thèse, qu'il nous permette de lui

dire que nous gardons un souvenir reconnaissant de son enseignement à l'Ecole pratique et à l'hôpital Broussais.

Nous devons nos remerciements à M. Jalaguier professeur agrégé à la faculté, qui a bien voulu nous communiquer deux observations inédites et à M. le professeur Le Dentu. qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.



CHAPITRE PREMIER

Développement de l'omoplate

Il importe au début de cette étude de rappeler en quelques lignes comment se développe et s'ossifie l'omoplate.

Il y a un rapport étroit entre les localisations de l'ostéomyélite et l'importance fonctionnelle des zones de formation de l'os. Les épiphyses les plus fertiles, le plus tard soudées sont les sièges d'élection de cette maladie. L'omoplate ne fait pas exception à la règle générale.

Dès le commencement du deuxième mois de la vie intra-utérine, le cartilage qui tient lieu d'omoplate devient opaque vers le bord axillaire et vers le milieu de l'épine ; cette opacité va en augmentant et au cinquantième jour de la vie embryonnaire le scapulum présente deux points d'ossification relativement très étendus ; si bien qu'au troisième mois cet os se présente à peu près tel qu'il sera à la naissance.

Si maintenant on vient à examiner l'omoplate d'un fœtus au huitième ou au neuvième mois, on constate la formation suivante : d'abord, au centre, une masse comprenant le corps et une grande partie de l'épine. A cette surface sont accolées trois autres masses cartilagineuses très distinctes, assez peu adhérentes pour être facilement détachées de l'os central et qui occupent : la première, tout le bord interne et l'angle inférieure ;

La seconde, l'extrémité externe de l'épine, c'est-à-dire l'acromion.

La troisième enfin, la plus importante, constituera l'apophyse coracoïde et la région glénoïdienne.

C'est dans ces trois zones ostéogéniques et particulièrement dans la dernière que surviennent les manifestations de l'ostéomyélite et la raison en est que ce point présente une vitalité intense et une prompte ossification. En effet, tandis que le bord interne (vertébral) et l'angle inférieur de l'omoplate présentent jusqu'à l'âge de seize à dix-huit ans pour le premier, de dix-huit à vingt ans pour le second, une bande cartilagineuse qui donnera naissance aux épiphyses marginales, lesquelles ne sont complètement soudées qu'entre vingt-deux et vingt-quatre ans ; tandis que le sommet de l'acromion reste cartilagineux jusqu'à seize ans et ne se soude habituellement que vers dix-huit ans ; tandis qu'enfin,

l'apophyse coracoïde, qui prend naissance par deux points osseux dont le principal apparaît déjà vers le quinzième ou seizième mois, n'est définitivement soudée au corps que vers quatorze ou quinze ans : la région périglénoïdienne naît de ce cartilage assez étendu situé entre la base de l'apophyse coracoïde et le pourtour de la cavité glénoïde et dans lequel se développe bientôt un point d'ossification, que Rambaud et Renault ont décrit sous le nom d'os coracoïdien, point osseux qui, très peu de temps après son apparition se soude d'abord en arrière avec le corps de l'os, puis un peu plus tard avec l'apophyse coracoïde et finalement avec le fond de la cavité glénoïde ; si bien que vers onze ans l'ossification de cette partie de l'omoplate est complète.

C'est dans cette région pour ainsi dire juxta épiphysaire, s'il était permis de s'exprimer ainsi en parlant d'un os plat, que s'est presque toujours trouvé le foyer ostéomyélique dans les quelques cas que nous avons rapportés.

Quelquefois cependant l'os tout entier est dénudé, les épiphyses sont détachées, baignées par le pus, tels sont les deux cas publiés par Frohner et remarquables, l'un par le début de l'affection au niveau de la région périglénoïdienne et l'envahissement consécutif de l'omoplate tout entier, l'autre par le développement de l'ostéomyélite sur trois points du même os, l'épine, le bord spinal et le bord externe.

CHAPITRE II

De l'ostéomyélite de l'omoplate.

Fréquence — Etiologie

L'omoplate, os plat, est de ce fait rarement frappé par l'ostéomyélite. Toutefois, comme le montrent plusieurs statistiques, ce n'est pas une des pièces squelettiques le moins fréquemment atteintes.

Si nous nous en rapportons au tableau suivant résumé des statistiques de Luecke, Schede, Volkmann, Kocher, Lannelongue, Brun, qui donnent un aperçu de la fréquence relative et de la répartition de l'ostéomyélite sur les différents os, nous voyons que sur 661 cas dont 51 concernant des os courts et plats, l'omoplate a été neuf fois citée.

	Luecke	Volkmann	Schedo	Kocher	Lannelongue	Brun
Os occipital.....	0	»	»	»	»	2
Os nasal.....	»	»	»	»	»	1
Os zygomatique..	»	»	»	»	»	2
Maxillaire.....	1	»	»	»	»	1
Clavicule	»	1	»	1	1	8
Omoplate	»	»	»	»	1	8
Côtes	2	»	»	»	»	1
Humérus.....	4	4	3	1	2	52
Cubitus.....	»	2	1	»	»	16
Radius.....	2	»	»	»	3	24
Vertèbres	»	»	»	»	1	»
Os iliaque.....	1	»	2	1	1	4
Fémur.....	»	»	»	»	»	1
Tibia	12	13	11	11	8	181
Sacrum.....	11	12	11	14	9	181
Péroné	1	»	1	1	4	16
Calcaneum	2	1	»	1	»	3
Scaphoïde.....	»	»	»	»	»	1
Astragale	»	»	»	»	»	2

Les cinquante et un cas concernant les os courts et plats se répartissent de la façon suivante :

Clavicule	11 cas
<i>Omoplate</i>	9 —
Os iliaque	9 —
Calcanéum	7 —
Côtes	3 —
Os occipital	2 —
Os zygomatique	2 —
Maxillaire	2 —
Astragale	2 —
Os nasal	1 —
Vertèbre	1 —
Sacrum	1 —
Scaphoïde	1 —

Nous voyons d'après ce tableau que l'omoplate tient la tête avec l'os iliaque. Mais, comme le montre la statistique de Fröhner qui a pu réunir dans la littérature médicale jusqu'à cent quatre cas d'ostéomyélite des os courts ou plats, l'omoplate ne vient réellement qu'en seconde ligne, précédé immédiatement par l'os iliaque. Sur ces cent quatre cas, en effet, l'omoplate n'a été vu lésé que vingt-quatre fois, alors que l'os iliaque fut atteint vingt-cinq fois. En résumé on peut dire que ces deux os sont aussi souvent l'un que l'autre le siège de l'ostéomyélite et que de tous les os plats, ce sont eux les plus fréquemment atteints.

Bergmann enfin, en 1884, dans le « St-Petersburger med. Wochenschr. », a ajouté aux dix cas d'ostéomyélite de l'omoplate qu'il avait observés cinq nouveaux faits : trois de Volkmann et deux de Lannelongue. Mais si l'ostéomyélite frappe souvent l'omoplate seul, indépendamment des autres os, souvent aussi elle l'atteint consécutivement ou simultanément avec une ou plusieurs autres parties du squelette.

Haaga a rapporté quatre de ces cas : un où l'omoplate était lésé en même temps qu'un seul os long, le fémur. Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une ostéomyélite de l'omoplate accompagnée de la même lésion siégeant sur un autre os plat, l'occipital, et sur un os long, le tibia. Le troisième cas nous montre l'affection frappant à la fois l'omoplate, deux côtes et le fémur. Dans le dernier cas enfin l'ostéomyélite siégeait également sur quatre os, l'omoplate, les deux humérus et le fémur.

Brun, de son côté, a cité deux observations qui montrent l'omoplate atteint en même temps que la clavicule et un os long.

On a prétendu que les lésions de l'omoplate étaient peu fréquentes et qu'elles pouvaient même compter comme les localisations osseuses pathologiques les plus exceptionnelles (1), cela même en médecine expérimentale.

(1) Des ostéites de l'omoplate. Audry. *Revue de Chirurgie*, 1887.

M. Rodet (1), en effet, au cours de ces nombreuses expériences, n'aurait constaté qu'une seule fois une lésion de l'omoplate. Les théories n'ont pas manqué pour expliquer cette rareté d'ailleurs moins excessive chez l'homme que chez les animaux. König en a demandé la cause au mode de distribution vasculaire de cet os; le professeur Poncet en a sans doute donné la seule explication en montrant ce qu'est l'omoplate: une mince feuille osseuse presque dépourvue du tissu spongieux.

Quoiqu'il en soit, si l'on s'en rapporte aux diverses statistiques que nous avons résumées plus haut, on peut voir que l'os de l'épaule est loin d'être toujours respecté, et il n'est pas exagéré de dire relativement à l'ostéomyélite, que l'omoplate est pour les os plats, ce qu'est le tibia pour les os longs.

Cette conclusion imposée par les faits ne doit pas trop nous surprendre; si en effet l'omoplate, chez un sujet adulte et vigoureux, est un os profondément enfoui sous une épaisse couche de muscles et partant peu accessible aux traumatismes, il n'en va pas de même chez un enfant de treize ans dont le système musculaire est encore loin d'être développé. C'est pourquoi Heyfelder, s'appuyant sur des faits, pouvait montrer la fréquence des lésions de l'omoplate et notamment de la nécrose, chez les tous

(1) Rodet. *Revue de Chirurgie*, 1885.

Richard

jeunes soldats russes lorsqu'ils étaient dressés avec la canne.

Aussi, bien qu'on ait démontré que l'on pouvait, chez les animaux, provoquer l'ostéomyélite sans traumatisme, ne semble-t-il pas qu'il faille, comme insignifiants, rejeter de l'étiologie de cette affection, les chocs et les chutes que l'on rencontre mentionnés dans la plupart de nos observations.

Ce qui plutôt que sa situation semblerait être pour l'omoplate comme un préservatif de l'ostéomyélite, est sa forme qui la soustrait aux entorses juxta-épiphysaires.

A côté de ces traumatismes, il faut encore noter comme cause fréquente de l'affection qui nous occupe, le surmenage fonctionnel de l'épaule ; ce fait a été noté dans une des observations que nous rapportons. Quant à l'influence du froid, ce n'est là qu'une cause assez rare et qui n'arrive guère qu'en troisième ligne. Mais ces divers moteurs de la maladie sont tous, comme l'écrit le professeur Lannelongue (1), sous la direction d'une raison majeure : « l'irritation physiologique qui préside à la croissance des os. » Cette intensité des phénomènes de nutrition à laquelle vient s'ajouter peut-être (Bolbroff) le ralentissement de la circulation dans les capillaires dilatés en voie d'accroissement, nous donnent l'explication

(1) De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance. Lannelongue, Paris, 1879.

de l'arrêt des microbes contenus dans le sang. Au point de vue de l'âge et du sexe l'ostéomyélite de l'omoplate ne présente étiologiquement rien de bien spécial ; cette affection s'observe en effet, surtout de neuf à dix-sept ans, presque jamais au-dessus, rarement au dessous (un cas à cinq ans) plus fréquemment chez les garçons que chez les filles, les premiers s'exposant plus volontiers aux chutes et aux différents traumatismes sur lesquels nous avons déjà longuement insisté.



CHAPITRE III

Symptomatologie

L'ostéomyélite de l'omoplate peut s'observer sous trois formes distinctes, l'une aigüe à début brusque, à marche rapide, à pronostic toujours grave, l'autre d'allure plus lente, d'un pronostic plus bénin, mais pouvant aussi s'accompagner de complications. véritable ostéomyélite subaigüe.

Une troisième forme enfin qui n'est autre que l'ostéomyélite prolongée ou récidivante.

Nous étudierons d'abord la première forme qui est de beaucoup la plus fréquente.

Le plus souvent la maladie débute brusquement par de la douleur, rares sont les faits où l'on retrouve, comme prodrômes, quelques vagues malaises, de la courbature et des frissons. La douleur dans la région de l'épaule est la première manifestation de l'affection, celle dont se plaint le petit malade et qui attire l'attention de son entourage. Si l'enfant a fait une chute, la douleur est immédiatement rapportée

à cette cause et passe pour peu grave ; la suite ne semble pas trop contredire cette appréciation, car ordinairement cette douleur s'atténue et même disparaît, et le sujet peut reprendre son travail ou ses jeux. Mais quelques jours plus tard, et souvent dès le lendemain la douleur reparait mais sous une autre forme, pulsative, lancinante et d'ordinaire devient rapidement intolérable. Bientôt, car l'affection marche vite, apparait le gonflement des parties molles péri-articulaires.

Ce gonflement siège le plus souvent au niveau des fosses sus et sous-épineuses à leur partie externe. La peau qui recouvre la région tuméfiée et œdématisée est sillonnée de veines bleuâtres qui dans la période suivante prendront un bien plus grand développement ; elle est aussi un peu plus chaude au toucher que la peau du côté sain. A la palpation on trouve cette tuméfaction résistante et présentant une certaine tension, car elle occupe un os couvert. Cette palpation est d'ailleurs extrêmement douloureuse, aussi faut-il rechercher avec prudence en explorant méthodiquement l'os, le point où cette douleur est le plus intense, « car c'est en ce point que le mal a débuté, c'est là qu'il a atteint sa plus grande intensité, et c'est dans son voisinage que déjà existe ou se développera bientôt l'abcès sous-périostique. »

Il faut donc explorer l'omoplate avec méthode

en procédant des parties saines vers les parties tuméfiées, de l'angle inférieur à l'acromion.

Cette douleur qui s'accuse avec une extrême intensité à la pression existe bientôt spontanément ; elle devient vive, lancinante, empêche l'enfant de prendre aucun repos et le tient éveillé toute la nuit. Le plus petit mouvement en augmente l'acuité, aussi le malade cherche-t-il l'immobilité absolue, il immobilise le bras et l'épaule malade et soutient l'avant-bras du même côté avec sa main saine. Dès le début, avant même le gonflement, apparaît la fièvre, le nombre de pulsations varie entre 110 et 130, la température peut atteindre 40° et même plus.

A ces différents symptômes viennent encore s'ajouter les suivants qui peuvent tenir le diagnostic en suspens, en faisant penser à une fièvre typhoïde. La peau est brûlante, la langue et les lèvres sont sèches, la soif est vive, le facies pâle, les traits tirés, les yeux caves, tout dans la physionomie du malade exprime la stupeur. D'autres fois, ces symptômes adynamiques sont remplacés par une très grande excitation ; les enfants sont « en proie à une agitation motrice et délirante singulière. »

Quoi qu'il en soit, c'est à ce moment qu'il faut se hâter d'intervenir, la fluctuation, qui jusqu'alors était absente, ou très difficile à percevoir, devient appréciable. Le chirurgien ouvre alors l'abcès sous-périostique, et un flot de pus jaunâtre s'échappe au dehors.

On sent avec le doigt introduit au fond de la plaie la table externe de l'omoplate lisse et dénudée de son périoste dans une étendue variable.

Si la maladie évolue vers la guérison, on voit bientôt cette débacle de pus amener une détente dans la gravité des symptômes, la fièvre diminue, la température tombe à 38° et ne tarde pas à revenir à la normale ; les douleurs ont disparu et l'appétit reparaît.

Enfin après une période plus ou moins longue et qui varie entre trois semaines et un mois, la guérison s'effectue et le sujet ne conserve de sa maladie passée que des cicatrices déprimées, adhérentes à l'os, témoignant des orifices qui ont livré passage à de petits fragments osseux nécrosés.

Ce qu'il faut surtout remarquer dans l'évolution de l'ostéomyélite de l'omoplate, c'est la fréquence de la guérison de cette maladie sans nécrose

La réparation se fait alors suivant le mode indiqué par M. Lannelongue « A la suite de l'ouverture de l'abcès, l'os se trouve dénudé dans une partie de sa surface ; si l'on a pris soin que le pus ne séjourne pas, une partie du périoste décollé reprend ses rapports par de nouvelles adhérences et diminue le champ de la dénudation. Sur l'os lui-même, aux stries rosées, aux taches rougeâtres succèdent des sillons ou des dépressions plus profondes, De petites ouvertures apparaissent à leur niveau, laissant

échapper des bourgeons isolés d'abord, et plus tard unis à leurs voisins, ces bourgeons s'étalent, viennent donner la main à la couche granuleuse de la plaie ; l'os exposé est recouvert. »

Dans d'autres cas, plus rares, la guérison ne se fait qu'au prix d'une nécrose dont les séquestres peuvent s'éliminer spontanément, mais le plus souvent la nature ne suffit pas à ce soin qu'il faut demander à la chirurgie.

La forme subaiguë de l'ostéomyélite de l'omoplate n'est en somme qu'une atténuation de la maladie que nous venons de décrire. Ce sont en effet les mêmes symptômes principaux, mais revêtant des caractères nouveaux. La douleur n'a plus cette intensité qu'elle présentait dans l'ostéomyélite aiguë, elle revêt une forme plus intermittente, et ne se localise pas rapidement en un point précis. Le gonflement lui aussi est plus tardif dans son apparition et moins nettement limité ; mais ce qu'il faut surtout remarquer, c'est l'évolution entière de la maladie, sans la moindre élévation de température.

La troisième forme d'ostéomyélite de l'omoplate, l'ostéomyélite prolongée récidivante, n'est en somme qu'une suite de l'ostéomyélite aiguë qui nullement ou imparfaitement traitée continue son évolution.

Un enfant a eu une première poussée aiguë accompagnée des graves symptômes généraux et locaux que nous avons indiqués précédemment.

L'acuité des symptômes a disparu, mais l'affection n'en continue pas moins à déterminer de la suppuration, des douleurs s'accompagnant en outre de quelques signes suivants. La région de l'épaule est œdématiée et présente un ou plusieurs trajets fistuleux dont la permanence presque complète est interrompue seulement à de courts intervalles. Au voisinage de l'orifice fistulaire, la peau a changé de coloration, elle est devenue plus ou moins violacée et la croissance des poils s'est exagérée en cet endroit.

Les fistules, car, comme nous venons de le dire, il n'y en a bien rarement qu'une seule, sont déprimées, adhérentes, à bords rigides, mais elles ne se montrent pas infiltrées de fongosités. La palpation de la région, généralement indolore, peut faire reconnaître la tuméfaction de l'épine de l'omoplate et aussi de son bord externe, mais il n'est pas facile de voir si l'os est hypertrophié dans son entier.

L'exploration, à l'aide du stylet, du trajet de la fistule, permet d'arriver sur une surface osseuse dénudée et de sentir des débris osseux irréguliers et mobiles. Les mouvements de l'articulation de l'épaule sont en outre assez pénibles.

A ces symptômes locaux qui sont prédominants peuvent s'ajouter divers signes généraux d'infection, tels que la fièvre, l'élévation de température, l'abattement du sujet. Avec ces signes divers, et éclairé par l'interrogatoire du malade, le diagnostic est facile à

faire, il s'agit d'une récidive d'ostéomyélite dont la guérison ne sera complète et définitive que lorsque le pus et les séquestres auront été évacués spontanément ou chirurgicalement. Cette forme est de beaucoup plus rare que l'ostéomyélite aiguë de l'os de l'épaule. Quant à la forme chronique d'emblée, qui s'observe si fréquemment sur les os longs, elle n'a pas été signalée à l'omoplate.

Nous devons maintenant dire quelques mots de l'ostéomyélite de l'omoplate, consécutive aux maladies infectieuses, car cette affection a été souvent observée à cet os. C'est surtout dans la fièvre typhoïde et principalement dans la convalescence de cette maladie que se manifestent ces lésions osseuses, qui le plus souvent se traduisent par des abcès ou des hyperostoses.

Les symptômes se résument en douleurs quelquefois atroces, mais présentant généralement un caractère nocturne; la tuméfaction n'est pas appréciable; quant à la suppuration et à la nécrose, elles sont exceptionnelles; aussi, dans la grande majorité des cas, la résolution simple est-elle, le mode de terminaison; c'est à peine si une hyperostose légère témoigne de l'affection passée.

L'ostéomyélite de l'omoplate a aussi été observée dans le cours de la variole: notamment chez un enfant de six mois, qui, varioleux depuis quelques semaines, présenta bientôt un abcès de l'aisselle. Une

fois ouvert le trajet conduisit sur l'omoplate. A diverses reprises il s'élimina des séquestres cartilagineux, à demi ossifiés, si bien qu'il ne resta plus de tout l'os que la moitié supérieure, l'épine et le col. En trois semaines la guérison était à peu près complète, il ne restait qu'une fistule.

Quant à l'ostéomyélite consécutive à la scarlatine et à la rougeole, cette affection si souvent observée aux mâchoires « exanthematous yaw necrosis. » n'a pas été signalée à l'omoplate.

Complications

Loin d'évoluer toujours vers la guérison, l'ostéomyélite de l'omoplate peut s'accompagner de complications, dont la gravité est variable. Une des plus fréquentes est l'arthrite secondaire de l'épaule ; le plus souvent il ne s'agit que d'une arthrite par propagation et non par perforation.

Des signes nombreux permettent de reconnaître rapidement cette complication ; c'est d'abord la persistance de la température après l'évacuation du pus du foyer ostéomyélique ; puis le siège précis de la douleur dont l'acuité augmente si l'on mobilise l'articulation scapulo-humérale, et enfin l'œdème et la rougeur limitées à l'épaule. Cette complication assez redoutable n'est pas très rare et Haaga, dans son mé-

moire, a pu citer sept cas où des troubles de l'articulation de l'épaule persistèrent consécutivement à une ostéomyélite aiguë.

Comme nous le trouvons signalé dans les observations de J. Poland et celle du Dr Morestin, une complication que l'on rencontre souvent est le décollement de l'apophyse coracoïde. Le diagnostic de cette complication n'est pas très difficile, si on la soupçonne et la recherche. La coracoïde fait en effet saillie en avant sous la clavicule et on peut sentir et mobiliser cette apophyse.

Enfin il faut encore citer la phlébite, la thrombose de la veine axillaire qui se traduit par un œdème blanc le plus souvent indolore de tout le membre supérieur.

Outre ces complications locales ou de voisinage, il nous faut maintenant citer celles qui peuvent survenir du côté des viscères. Elles sont fréquentes dans les formes aiguës et graves d'ostéomyélite et se trouvent signalées dans presque toutes nos observations. C'est d'abord la péricardite avec ou sans épanchement, les parotidites, la pleurésie accompagnant une broncho-pneumonie unilatérale ou bilatérale.

Les altérations rénales sont la règle, comme le montre la fréquence de l'albuminurie pendant la maladie. La continuité de la température, l'apparition des désordres fonctionnels nouveaux et insolites doivent attirer l'attention du chirurgien et per-

mettre le diagnostic de ces graves complications, qui, malgré l'évolution rapide de la maladie, sont presque toujours reconnues.

Il nous reste encore à signaler une complication lointaine qui s'observe fréquemment après la guérison, nous voulons parler des hyperostoses de l'omoplate qui, d'après M. Lannelongue, seraient assez fréquentes. « On voit à l'omoplate tantôt des ostéophytes, des stalactites qui hérissent sa surface et lui donnent un aspect madréporique. Certains omoplates de ce genre présentées à la Société anatomique semblent rentrer dans les ostéomyélites chroniques, bien que plusieurs aient été pris pour des néoplasmes. Quelquefois la condensation et l'éburnation prédominent, et la surface de l'os est régulière ». Tel était l'omoplate que Demeulle présenta en 1868 à la Société anatomique.

Il s'agissait d'un enfant de sept mois, qui, trois mois avant sa mort, fit une chute sur l'épaule gauche. A la suite de ce traumatisme il s'était formé un abcès considérable qui fut ouvert au bistouri. Une fistule, laissant écouler de la sérosité sanieuse, s'établit en arrière de l'omoplate ; on crut à une tumeur blanche. L'enfant mourut deux mois plus tard. A l'autopsie, on trouva l'omoplate considérablement épaissi par une ostéite condensante et portant, sur son bord externe, une cavité isolée où la fistule prenait sa source.

Quelquefois l'hyperostose ne reste pas simple, elle peut se compliquer de poussées inflammatoires qui ont pour conséquence la formation d'abcès, de cavités, de fistules et de nécroses. Quand l'hyperostose existe seule sans autre complication, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter outre mesure, car ces hyperostoses simples n'entraînent qu'une gêne relative, n'empêchant pas les malades de vaquer à leurs occupations.



CHAPITRE IV

Diagnostic — Pronostic

Le diagnostic de l'ostéomyélite de l'omoplate n'est pas toujours facile au début de la maladie, et nombreuses sont les erreurs qui ont pu être commises. Cette difficulté tient surtout à l'importance des phénomènes généraux, qui souvent dominent la scène, à l'état de jeunesse des malades, et quelquefois aussi à l'intensité des symptômes fournis par l'articulation scapulo-humérale.

Le plus fréquemment, c'est avec les symptômes du rhumatisme articulaire aigu que l'on confond l'ostéomyélite de l'omoplate et beaucoup de circonstances tendent à faire tomber dans cette méprise, notamment si l'enfant a été mouillé ou exposé à un abaissement de température dans de mauvaises conditions. Aussi, faut-il s'efforcer de déterminer le siège précis de la douleur, et en explorant méthodiquement la région l'on s'apercevra bien vite que la

douleur est dans l'omoplate, uniquement dans cet os, que les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont faciles et non douloureux. Tous ces signes réunis feront écarter la pensée d'un rhumatisme articulaire aigu proprement dit. L'échec du salicylate, de l'antipyrine a encore une grande valeur pour le diagnostic, car ces médicaments, si efficaces dans le rhumatisme, ne calment pas les douleurs ostéomyéliquies, et la température n'est pas abaissée. De plus l'apparition du gonflement, son siège et ses différents caractères et aussi la présence d'une dilatation veineuse superficielle, indiquant le trouble apporté dans la circulation osseuse, écarteront toute incertitude de diagnostic.

Une seconde erreur, fréquente également, est la confusion avec la fièvre typhoïde ; l'importance des phénomènes généraux, l'état de torpeur et de dépression dans lequel les petits malades sont plongés, l'aspect typhique qu'ils présentent peuvent expliquer cette confusion, surtout si les symptômes locaux sont encore peu nets. Mais le début brusque, sans la période de prodrômes, habituelle à la fièvre typhoïde, sans epistaxis et sans céphalée, la constipation remplaçant habituellement la diarrhée, l'absence de gargouillement dans les fosses iliaques, et des taches rosées lenticulaires, enfin la courbe différente de la température, tous ces signes doivent redresser le diagnostic. De plus la présence de l'œdème, du gonfle-

ment, et l'examen attentif de l'omoplate permettent d'éviter cette erreur.

D'autres fois, le médecin, se laissant égarer par les renseignements des parents qui attirent surtout son attention sur les cris, l'agitation, les convulsions de leur enfant, peut conclure à une méningite, mais il n'y a qu'à penser à ce diagnostic pour ne pas le faire.

La forme chronique prolongée de l'ostéomyélite de l'omoplate peut être confondue avec la tuberculose de ce même os, mais les fistules sont bien différentes dans les deux cas. Dans l'ostéomyélite, elles ne sont pas béantes, fongueuses, à bords décollés comme dans le cas de bacillose, et la pression sur les téguments qui les avoisinent ne fait sourdre ni fongosités mollasses, ni masses caséeuses.

Pronostic. — Le pronostic de l'ostéomyélite de l'omoplate est grave, surtout à cause des phénomènes généraux qui accompagnent la lésion osseuse, et aussi parce que dans cette maladie l'on voit souvent l'infection se généraliser. L'intervention doit donc être hâtive pour arrêter aussi vite que possible la marche funeste du pus ; quelquefois l'ostéomyélite de l'omoplate se présente sous une forme si grave et à allure si rapide que toute thérapeutique est impuissante. D'autres fois, et c'est heureusement la marche la plus fréquente, la maladie tourne court après l'inter-

vention précoce du chirurgien et évolue vers la guérison.

Comment faut-il intervenir, c'est ce que nous étudierons dans le prochain chapitre.



CHAPITRE V

Traitement

Nous avons dit au chapitre traitant de la symptomatologie que l'intervention opératoire devait suivre immédiatement le diagnostic d'ostéomyélite infectieuse aigüe de l'omoplate. Il serait en effet inutile, sinon dangereux, de recourir à la révulsion, aux émollients et aux autres moyens de la méthode antiphlogistique. « Dès que le pus est formé, il faut lui donner issue, et il est d'autant plus important de le faire écouler librement que la structure du tissu osseux est plus favorable à sa rétention et à sa décomposition septique. » (Ollier). D'ailleurs l'allure si rapide de la maladie montre bien au chirurgien l'urgence absolue de l'opération ; attendre c'est souvent mettre le malade en péril de mort et toujours faciliter le développement de la nécrose. Aussi ne doit-on pas s'attarder à suivre la conduite réservée de Demme et de Billroth qui préconisent les incisions

tardives ; il faut au contraire se hâter de remplir les deux indications chirurgicales qui s'imposent. Premièrement, le large débridement du périoste, et deuxièmement, la trépanation de l'os dans le but d'évacuer le pus qui peut s'y trouver contenu.

Le siège le plus fréquent de l'ostéomyélite de l'omoplate se trouvant dans la région périglenoïdienne, à la partie externe de la base de l'apophyse coracoïde, il faut se demander comment aborder ce point assez profondément situé. Nombreux sont les procédés, et le meilleur est évidemment celui qui, avec le plus de simplicité et la plus grande facilité d'exécution, comporte le moins de délabrement.

Pour arriver au point lésé deux voies se présentent à nous. C'est d'abord la voie antérieure, c'est-à-dire par le creux de l'aisselle, mais, outre que par ce chemin on court le risque d'ouvrir l'articulation, il faudra aussi compter avec le paquet vasculo-nerveux et ses branches, tout particulièrement la scapulaire inférieure.

Pour ces différentes raisons, sauf indication spéciale, il vaut infiniment mieux ne pas ouvrir le creux de l'aisselle et aborder l'omoplate par sa partie postérieure.

Mais de ce côté deux procédés s'offrent à nous. L'un consiste à aborder le point lésé par la face supérieure de l'épine de l'omoplate, l'autre à pénétrer

sur le foyer ostéomyélique par la face inférieure de cette même épine.

Le premier procédé semble d'abord assez simple ; en effet une longue incision, parallèle au bord supérieur de l'épine de l'omoplate nous conduit, de suite, sur le muscle trapèze, dont il faudra détacher les insertions ; puis réclinant en haut les fibres de ce muscle, on pourra avec le doigt enfoncé profondément toucher la base de la cavité glénoïde, point de repère excellent car environ à un centimètre au-dessus se trouve presque toujours le foyer de l'ostéomyélite.

Ce procédé est cependant sujet à quelques critiques ; c'est d'abord la section transversale des fibres du trapèze ; toutefois ce n'est encore là qu'un bien petit inconvénient lorsqu'il s'agit d'une affection aussi grave que l'ostéomyélite qui se termine si souvent par la mort, lorsque l'intervention se fait quelque peu attendre.

Mais ce qui surtout empêche ce mode opératoire de devenir véritablement le procédé de choix, c'est la difficulté de s'ouvrir une voie assez large pour manœuvrer avec sûreté dans la profondeur. On opère au fond d'un trou, du bout du doigt et presque à l'aveuglette.

Le deuxième procédé est celui qui consiste à pénétrer par la voie postérieure et au-dessous l'épine de l'omoplate.

Après avoir bien délimité l'os de l'épaule, re-

connu ses différentes saillies, l'épine et l'apophyse coracoïde, on fait une incision curviligne, longue de dix centimètres environ, partant du creux de l'aisselle et longeant le bord postérieur du muscle deltoïde qui va se terminer un peu au-dessus du bord supérieur de l'omoplate. Cette incision comprendra la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; quelques rares fibres postérieures du deltoïde se présentent alors sous le bistouri; il est permis de les couper sans grand dommage pour le malade.

Nous avons alors sous les yeux le muscle sous-épineux que l'on respectera en l'écartant en bas et en dehors. Dès maintenant nous pourrions arriver sur le point lésé, que l'on peut sentir au bout du doigt enfoui dans la plaie, surtout s'il s'agit d'un enfant; mais si le sujet est adulte, la région péri-glénoïdienne sera plus difficilement accessible, et il faudra porter la gouge assez profondément sans trop y voir.

Pour se donner plus de jour, un autre temps reste à accomplir, il consiste à scier l'épine de l'omoplate au point où elle se pédiculise et se tord sur son axe pour devenir l'acromion. Cette section terminée, il suffira de faire écarter fortement le fragment externe de l'épine pour arriver sur le foyer ostéomyélique qu'il sera alors facile de faire sauter à l'aide de la gouge et du maillet.

Le seul danger à redouter et qu'il faut bien

connaître, sans toutefois s'en exagérer la gravité serait la lésion de l'artère et du nerf sous-scapulaire du nerf plus que de l'artère, car la section amènerait l'atrophie du sous-épineux. Nous devons avouer qu'au cours des nombreux exercices opératoires que nous avons répétés sur le cadavre, sous la direction de M. le docteur Morestin, pour l'étude de ce procédé, nous n'avons jamais lésé le tronc vasculo-nerveux du sous-épineux. Il suffirait de signaler cette légère difficulté pour pouvoir la surmonter.

La trépanation étant faite, des drains seront profondément placés dans la plaie ; on se contentera ensuite de rapprocher l'une de l'autre les deux parties de l'épine sectionnée, ne pouvant songer à les suturer, car les fils n'auraient guère de tendance à tenir au milieu de ce foyer si profondément infecté ; le tout sera recouvert d'un pansement antiseptique assez fortement serré.

C'est là le procédé qui nous a paru le plus sûr et le plus commode, et d'une exécution exempte de toutes difficultés. Il nous semble aussi convenir au plus grand nombre des cas d'ostéomyélite de l'omoplate dont le siège, comme nous avons essayé de le démontrer, se trouve si souvent dans la région periglénodienne.

Bien entendu nous ne saurions considérer ce procédé comme satisfaisant pour tous les cas. Les circonstances guident souvent la main du chirurgien

et le forcent quelquefois à modifier ses procédés opératoires.

Celui que nous venons de décrire pourra d'ailleurs être souvent simplifié, on pourra en effet et principalement chez les enfants se dispenser de scier l'épine de l'omoplate.

Enfin dans certains cas, où l'os est entièrement dénudé de son périoste et où l'ostéomyélite envahit l'omoplate dans sa totalité, comme le rapporte Fröhner dans une de ces observations, ne devrait-on pas penser à une opération plus sérieuse encore ; à l'ablation de l'os de l'épaule ?

La résection sous-périostée de l'omoplate ne semble pas dans ce cas d'une exécution opératoire très difficile, le périoste se décolle très facilement, et en bien des points le doigt peut remplacer la rugine ; aussi cette opération, pratiquée suivant les règles de l'antisepsie, semble-t-elle être d'une bénignité relative.

De plus l'omoplate se reproduit très bien après son ablation totale (Allier), comme l'ont prouvé les nombreuses expériences entreprises sur les animaux. Cet os se régénère avec sa forme générale et les saillies diverses qui accidentent sa surface ; toutefois au niveau de la fosse sous-épineuse, où l'omoplate n'est constitué que par une mince lame osseuse revêtue d'un périoste très ténu, la régénération fait défaut.

Chez l'homme, d'ailleurs, de nombreuses observations ont également démontré la possibilité d'une abondante reproduction osseuse ; cette preuve paraît surtout évidente dans les observations de Hashimoto, Mickuliz, Brigham, Bœckel, et aussi dans l'observation de Jones. Ce chirurgien le 18 mai 1860 enleva complètement l'omoplate avec une partie de l'extrémité externe de la clavicule, chez une jeune fille de quatorze ans et demi, pour une nécrose. La guérison eut lieu en un mois, plus tard la malade put se servir de son bras, lever un gros registre et même faire son lit. C'est là un succès qui devra encourager le chirurgien à pratiquer cette opération, lorsque la dénudation presque complète de l'omoplate rendra toute trépanation inutile.



OBSERVATIONS

Observation 1

Ostéomyélite de l'omoplate par H. Morestin, aide d'anatomie. Bulletin de la Société Anatomique 1892. T. VI.

Le malade dont je présente l'omoplate est entré le 16 janvier à l'hôpital Tenon dans le service de mon excellent maître M. Richelot.

C'était un jeune garçon de dix-sept à dix-huit ans. Bien qu'il fût maigre et chétif, il avait toujours été bien portant. quelques jours auparavant, il était tombé sur la glace et s'était un peu contusionné l'épaule. Ce traumatisme insignifiant n'éveilla pas d'abord l'attention du malade, une vague douleur persista seulement pendant quelques heures. Faut-il attribuer à cette contusion l'éclosion des phénomènes si graves qui se manifestèrent quelques jours plus tard ?

On a cité en effet des cas où un traumatisme même léger a pu servir à la maladie de cause déterminante.

Quatre ou cinq jours après l'accident, B... éprouve à la région de l'épaule des douleurs sourdes, gravatives, une

sensation de gêne et de pesanteur. Un médecin diagnostique un rhumatisme articulaire aigu.

Le malade se présente à la consultation de l'hôpital quarante-huit heures après le début des accidents. Il immobilise le bras et l'épaule gauche et de sa main droite soutient l'avant-bras du côté malade.

Il a déjà l'air d'un malade profondément infecté, le facies pâle, les yeux caves, la langue sèche, le pouls rapide, la peau brûlante. Il a eu la nuit précédente des vomissements, des maux de tête et de légers frissons. Il ajoute qu'il n'a pu dormir à cause des vives douleurs qu'il éprouve dans son épaule.

Temp. 40°. L'examen de la région scapulaire révèle une légère voussure au niveau des fosses sus et sous-épineuses à leur partie externe. A ce niveau la peau est œdématisée sillonnée de veinosités bleuâtres et un peu plus chaude au toucher que celle de l'autre côté.

Il semble qu'on perçoive une sorte de fluctuation profonde au-dessous de l'épine de l'omoplate à la partie externe de la fosse sous-épineuse. En palpant le creux de l'aisselle, il semble aussi qu'on sente, mais d'une façon bien vague, un léger empâtement profondément situé, contre la face antérieure de l'omoplate.

L'articulation de l'épaule n'est pas en cause. En déplaçant le bras avec douceur, on ne cause pas de douleurs. Celles-ci sont réveillées seulement par les mouvements assez étendus pour que le bras entraîne l'omoplate. La pression dans l'espace interpectoro-deltoïdien n'est pas douloureuse. On peut saisir à pleines mains le deltoïde et palper l'articulation, sans incommoder le malade.

Mais il se plaint très vivement quand le doigt presse sur la zone œdématisée, vers l'angle externe de l'omoplate.

J'affirme la présence à ce niveau d'un foyer d'ostéomyélite. Le lendemain la température est toujours très élevée. J'opère ce malade avec l'autorisation de M. Richelot.

Me proposant d'aborder l'angle de l'omoplate par sa partie postérieure, et ne voulant rien sacrifier des muscles de la région, j'ai fait, dans le sens des fibres postérieures du deltoïde, une incision de 10 centim., dépassant un peu l'épine.

Après avoir cheminé entre les faisceaux du deltoïde, je reconnais le sous-épineux. Ce muscle est écarté en bas et sous sa face profonde, je trouve une petite collection purulente, une petite cuillerée de pus. L'abcès évacué, jugeant nécessaire de trépaner l'os à ce niveau, je fais sauter avec le ciseau et le marteau, la table postérieure de l'omoplate, dans l'étendue d'une pièce de un franc et j'ouvre ainsi un nouvel abcès contenu dans l'épaisseur de l'os.

L'os évidé, parvenu jusqu'à la table antérieure, l'ayant sous les yeux, ayant perforé cette table avec la pointe du bistouri et ne voyant rien sortir par l'orifice, ne sentant rien d'anormal à la palpation entre une main profondément placée dans l'aisselle et le doigt appliqué sur l'os, je juge que l'intervention doit se borner là. Mais la température reste très élevée, 40°. Le malade prétend ne plus souffrir, mais son faciès s'altère de plus en plus, le pouls est très rapide. L'état de la plaie n'explique pas cet état si grave, la poitrine se remplit de râles sous-crépitaux.

Le 21, l'apparition d'une double parotidite nous fit porter le plus fâcheux pronostic. Le même jour je constate un

œdème blanc, indolore de tout le membre supérieur gauche, que j'attribuai d'abord à la pression des bandes qui maintenaient le pansement. L'urine est albumineuse. Notre infortuné B..., succombe le 23.

Autopsie. — Je constate le décollement de l'épiphyse de l'angle externe du scapulum ; l'apophyse colacoïde est détachée de l'omoplate.

Une collection purulente est emprisonnée entre le sous-scapulaire et l'omoplate. La poche contient fort peu de pus. Même après avoir largement ouvert l'aisselle, coupé les pectoraux, mis à nu le sous-scapulaire, on ne peut soupçonner sa présence, et il n'est pas étonnant qu'on l'ait méconnue pendant la vie.

En fendant le sous-scapulaire, on trouve ce pus baignant l'os dénudé.

La veine axillaire thrombosée est oblitérée complètement sur une étendue de 4 centimètres, ce qui explique l'œdème du bras. Il y a du pus dans les veines du sus-épineux, du sous-épineux, du sous-scapulaire.

L'articulation de l'épaule est saine. Les parotides sont infiltrées de pus, les reins, le foie sont stéatosés, la rate volumineuse.

Dans les poumons quatre ou cinq petits abcès métastatiques. D'ailleurs ces deux organes sont le siège d'une congestion très intense.

Péricardite assez intense. Des fausses membranes, tant sur le péricarde pariétal que sur la séreuse viscérale, surtout vers la base du cœur. Dans ce cas, nous avons peut-être rencontré une de ces formes si graves d'ostéomyélite,

ou les accidents généraux priment les localisations osseuses et contre lesquelles toute thérapeutique est impuissante.

Cependant l'infection aurait peut-être pu être conjurée si l'opération avait été plus étendue. Ayant ouvert l'os assez largement, je croyais avoir fait le nécessaire, et j'avais eu de bonnes raisons pour m'arrêter ; et il me semble bien qu'un autre eût fait de même.

Le procédé opératoire que j'ai suivi me paraît satisfaisant. Dans un cas pareil, je n'hésiterais pas à suivre de nouveau cette voie sûre, facile et commode, seulement je trépanerais l'os plus près de la cavité glénoïde. Il n'y aurait à redouter que la lésion de l'artère et du nerf sous-scapulaire, du nerf plus que de l'artère, car sa section amènerait l'atrophie du sous-épineux. Une autre fois je traverserais toute l'épaisseur de l'omoplate et si je trouvais du pus, je ferais une nouvelle incision sur le bout axillaire de cet os. La thrombose de la veine axillaire est intéressante à signaler. On a déjà rapporté des exemples de péricardite, compliquant l'ostéomyélite.

Observation 2

Ostéomyélite de l'omoplate. Séparation de l'apophyse coracoïde. Infection généralisée. Observation traduite et résumée. — Transactions of the pathological Society of the London 1887. XXVIII. John Poland.

Georges L..., âgé de 12 ans était admis le 11 octobre 1886 dans le service de M. Durham au Guy's Hospital. Neuf

Richard

4

jours avant son entrée, disait-il, il avait été renversé par un chien et était tombé sur l'épaule droite, en même temps il était mordu au pouce droit. Trois jours après cette chute, le jeune Georges L..., fut pris de fièvre violente, de frissons et de vomissements, il se plaignait en outre d'une violente douleur dans l'épaule.

Lorsqu'il fut admis à l'hôpital il était déjà dans le délire la température était de 39°4, le pouls à 124. La face dorsale de la main droite était rouge et œdématiée. Un abcès siégeant au niveau de l'épine de l'omoplate fut ouvert par deux incisions ; cependant le malade mourut le lendemain matin.

Autopsie. — Les deux poumons et surtout le droit contenaient de nombreux petits abcès purulents siégeant principalement dans les lobes inférieurs. Péricardite assez intense ; le péricarde contenait 2 onces de pus. Abcès purulents dans le cerveau, le foie, les reins, la rate et la muqueuse intestinale principalement à la partie inférieure de l'iléon.

L'omoplate droite était presque entièrement dénudée de son périoste, à l'exception des angles supérieur et inférieur. Les muscles restaient fixés à leurs insertions. L'omoplate était d'une couleur jaune-verdâtre et à la section se montrait infiltrée de pus. L'apophyse coracoïde était complètement détachée ; il semblait que là était le point de départ de la lésion et que ce tissu traumatisé avait formé un terrain propre au développement des micro-organismes.

L'articulation scapulo-humérale était remplie de pus ; les autres articulations étaient indemnes.

Il s'agissait donc là d'une ostéomyélite aiguë de l'omo-

plate, semblable à l'ostéomyélite des os longs, s'accompagnant en outre de tous les signes d'une infection généralisée.

Observation 3

Ostéite sous-périostée du scapulum. — Marjolin, Bulletin de la Société de chirurgie, 1867, tome VIII.

(Observation résumée)

Jeune fille de 13 ans et demi, grande, forte, parfaitement constituée qui, sans avoir été exposée au froid, sans avoir jamais fait de chute, ressentit dans l'épaule droite des douleurs sourdes dont l'intensité, allant en augmentant, la força à entrer à l'hôpital où elle fut admise le 5 janvier avec le diagnostic de rhumatisme aigu. Dès le lendemain la tuméfaction de l'épaule et une fluctuation déjà manifeste sur plusieurs points de la région scapulo-humérale principalement au niveau de la fosse sous-épineuse montrèrent qu'il ne s'agissait pas là d'une affection rhumatismale, mais d'une collection purulente profonde. La malade avait déjà eu des frissons, le visage était très animé, le pouls fréquent. Une incision profonde pénétrant jusqu'à l'os laissa sortir une grande quantité de pus.

Un stylet introduit par l'ouverture montra que l'os était à nu dans une étendue considérable. Cette ouverture n'amena que peu de soulagement.

Le lendemain une nouvelle incision fut nécessaire, car

une autre collection isolée s'était formée au niveau de la région sous-épineuse. Cette fois encore le stylet arriva jusqu'à l'os dénudé de son périoste.

Le 9 janvier une troisième ouverture fut pratiquée au devant de l'épaule où existait une fluctuation très nette. Comme les deux premières fois le pus s'écoula en abondance.

Le 11 janvier, survint une inflammation de la glande sous-maxillaire gauche et de tout le tissu environnant. La mort arriva le 16 janvier.

A l'autopsie de la région scapulo-humérale on reconnut que presque tout le scapulum, dans les fosses sus et sous-épineuses, était dépourvu de son périoste. La partie inférieure cartilagineuse était détachée, l'articulation n'était pas ouverte, mais remplie de pus. La surface glénoïdienne était dépourvue de son cartilage.

Observation 4

*Extraite de : L'ostéomyélite aiguë pendant la croissance.
Lannelongue, Paris, 1879.*

(Observation résumée).

Garçon de 13 ans et demi ayant eu la rougeole à 18 mois, un peu plus tard la petite vérole et la coqueluche. Pas d'antécédents rhumatismaux, ni scrofuleux. L'enfant travaille dans un atelier où on l'occupe à mouvoir une manivelle pendant 10 heures tous les jours. Il se servait alternativement

des deux mains ou de l'une ou l'autre séparément. La main droite travaillait, dit-il, plus longtemps que la gauche.

Le 4 avril, tout d'un coup, en faisant aller sa main gauche, il éprouva une vive douleur à l'épaule, le lendemain, fièvre violente, accès douloureux, surtout la nuit, gonflement reconnu le 6, entre à l'hôpital le 7.

Le membre supérieur gauche est absolument impuissant, l'humérus ne présente rien d'anormal, l'articulation scapulo-humérale jouit de tous ses mouvements sans aucune douleur. La clavicule n'offre pas de traces d'altérations pas plus que l'apophyse coracoïde.

Gonflement en masse arrondie de toute la région de l'omoplate, dans les fosses sus et sous-épineuses. Le gonflement a son maximum de développement vers l'épine de l'omoplate, dans la partie postérieure de cette épine. Sur la peau, correspondant à ce gonflement, on voit un réseau veineux apparaître par transparence et très net : il manque de l'autre côté. Pas de fluctuation appréciable ni dans la fosse sus-épineuse, ni dans la fosse sous-épineuse. Douleur atroce à la pression de l'os, surtout au niveau de l'épine de l'omoplate et vers la partie postérieure de cette épine.

Incision qui est suivie de l'évacuation d'un petit foyer purulent sous périostique, trépanation de la table externe de l'omoplate, au niveau de sa continuité avec l'épine.

Le lendemain, la fièvre tombe, les douleurs ont cessé et spontanément l'enfant remue son membre. T. 37°8. Pouls 100. Le gonflement a beaucoup diminué, le réseau veineux persiste encore ; amélioration progressive. Le 5 mai, la cicatrisation était définitive. Légère hyperostose de la partie postérieure de l'épine. Guérison définitive le 28 mai.

Observation 5

Extraite de la thèse de Mirovitch : Des diverses formes de l'ostéomyélite aiguë dite infectieuse chez l'homme au point de vue étiologique et quelques indications sur leur traitement. Paris 1890.

S. Joséphine, âgée de 5 ans, est admise à l'hôpital le 17 juin 1890. A son entrée dans le service, la petite malade présente de la douleur de l'épaule droite et de l'impotence du bras faisant penser à de la scrofulo-tuberculose.

Immobilisation du bras. — Au bout de quelques jours la température restant élevée, on enlève le pansement et on trouve un abcès volumineux de la grosseur du poing, occupant la région de l'omoplate du côté droit et formant une tumeur fluctuante, molle, parcourue par de fines arborisations veineuses, prête à crever. L'abcès a évolué avec fièvre. La température depuis trois ou quatre jours s'est maintenue aux environs de 39° ; la tumeur occupe toute la région de l'omoplate, remonte jusqu'au dessous de la clavicule et empiète un peu du côté du nerf axillaire.

Opération le 8 juillet 1890. Ouverture de l'abcès au bistouri, il s'écoule une quantité considérable de pus osseux. M. le professeur Lannelongue constate la dénudation de l'omoplate.

Evacuation de la poche. — Lavage, drainage.

Pansement. Sortie le 18 juillet.

Observation 6

*Extrait de la thèse d'Ayala-Rios : Des portes d'entrées
de l'ostéomyélite, Paris, 1886.*

(Observation résumée)

Jacq. Ad., âgée de 8 ans 1/2 entre, le 11 février 1885, salle Giraldès. Il y a trois semaines l'enfant poussée par une autre tomba contre une porte et ressentit à la suite une douleur dans l'épaule droite. Fièvre pendant quelques jours. Gonflement de l'épaule. On la conduisit à l'hôpital Saint-Louis où des cataplasmes lui furent appliqués.

L'enfant a eu des engelures quelque temps avant d'être malade et l'on voit des cicatrices d'ulcérations récentes au 5^e orteil gauche et au 4^e orteil droit.

Le 14 février on remarque un abcès du volume du poing dans la fosse sous-épineuse, et une vaste collection sous-delhoïdienne descendant au 1/3 moyen du bras. Ces deux poches communiquent l'une avec l'autre.

La peau est rouge et tendue au niveau du bord supérieur de l'omoplate. On pourrait songer à une ostéomyélite humérale, mais d'une part la région axillaire ne présente pas de gonflement et l'humérus pas de sensibilité; d'autre part le bord interne de l'omoplate offre à sa partie inférieure une hyperostose considérable.

Les mouvements de l'épaule sont limités. Large ouver-

ture au niveau de la partie moyenne de l'omoplate, l'os est dénudé dans une certaine étendue.

Autre incision sur le bras près de l'insertion inférieure du deltoïde. Drainage. Pansement de Lister.

Observation 7

Extraite du Journal de Brun., Vol. XXIV, 1889.

Beitrage über die acute osteomyelitis kürzen und platten Knochen (Fröhner). — Observation traduite.

Joh. Dreher âgé de dix-huit ans, laboureur de Erpfin-gen, s'était toujours bien porté jusqu'en novembre 1879. A cette époque, en montant un escalier avec un lourd sac de fruit il ressentit subitement une poignante douleur dans l'articulation du genou gauche; il continua encore à travailler pendant un jour et demi et dut alors se mettre au lit. Bientôt un gonflement diffus envahit toute la cuisse s'accompagnant de violentes douleurs et d'une fièvre assez élevée.

Le malade est vu pour la première fois le 19 novembre 1879; il est pâle, amaigri et semble beaucoup souffrir. T. : 39°4.

L'articulation du genou gauche extrêmement douloureuse est fortement gonflée, jusqu'au tiers supérieur du membre; on ne perçoit aucune fluctuation. Une incision ouvre un abcès sous-périostal et donne issue à une grande quantité de pus et à plusieurs séquestres.

Quatre jours après le début de cette ostéomyélite du

fémur, de violentes douleurs apparurent au niveau de l'omoplate d'abord à l'union de l'épine et du corps, mais qui s'étendirent bientôt à tout l'os. On fit une incision sur le point douloureux et l'on put reconnaître à l'aide du stylet, la présence d'une cavité purulente descendant tout le long de l'omoplate qui était entièrement dénudée et libre de son périoste.

Le malade n'accepta aucune autre intervention.

Observation 8

*Extrait du journal de Brun vol. XXIV, 1889. —
Beitrag über die acute Osteomyelitis kurzen und
platten Knochen (Fröner). — Observation traduite.*

Johann Brecht de Plüdershamm, âgé de treize ans, s'est toujours bien porté jusque il y a six semaines. A cette époque, la région de l'omoplate droite devint douloureuse principalement à la pression et surtout au niveau de l'épine. A cet endroit, la peau était rouge et gonflée ; bientôt ce gonflement et cette rougeur diffusèrent dans toute la région de l'omoplate. Au moyen d'une incision, on évacua une certaine quantité de pus. Les mouvements du bras sont assez difficiles.

Cinq semaines plus tard, le malade, vu à la clinique, est en pleine période de croissance.

Dans le voisinage de l'épaule on remarque un gonflement diffus, puis à l'union de l'épine et de la fosse sous-épineuse se trouve une fistule qui conduit directement sur

un séquestre. Fluctuation vers la partie externe de l'épine. L'articulation est libre ; cependant la mobilité active est limitée. Sur la partie postérieure de l'acromion, on perçoit une tumeur fluctuante en rapport avec la fistule.

On extrait trois séquestres plats, blancs et rongés sur les bords, le plus gros mesure cinq centimètres de long sur dix centimètres de large. Sur le pourtour de la cavité, on trouve une mince languette d'os nouveau. On enlève en même temps un morceau de l'épine de l'omoplate, long de 6 centimètres, large de 1 centimètre.

Dans la suite, quelques séquestres s'éliminèrent encore. Le malade fut congédié, n'ayant plus qu'une petite fistule.

Observation 9

*Extrait du Journal de Brun Vol. XXIV, 1879. Beitrag
über die acute Osteomyelitis kürzen und platten
Knochen. (Fröhner). — Observation traduite.*

Hermann Meyer, âgé de 12 ans, après quelques prodromes comme de vagues douleurs dans le bras gauche, fut pris, il y a six mois, d'une violente fièvre s'accompagnant de délire, en même temps que le bras et l'épaule gauches étaient le siège de douleurs atroces. Trois semaines après le début de cette affection l'incision d'un gros abcès siégeant au niveau de l'épaule gauche donna issue à une grande quantité de pus. Dans la suite deux nouvelles incisions furent faites dans cette région. Ces incisions laissèrent des fistules. De

l'une d'elles, quatorze jours après la réception du malade à notre clinique, s'élimina spontanément un mince séquestre long de deux centimètres.

Le malade se présente à la clinique dans l'état suivant. La région de l'omoplate gauche est épaissie. Cet épaississement porte surtout sur la région de l'épine (les 2/3 internes) et la fosse sous-épineuse. L'acromion, les apophyses glénoïde et coracoïde sont normales. Dans la même région trois orifices de fistules. Le premier est situé à deux travers de doigt au dessus de l'angle de l'omoplate près du bord externe ; le deuxième au côté opposé près du bord interne ; le troisième enfin au dessus de la partie moyenne de l'épine. Toutes ces fistules conduisent à des cavités dans lesquelles on perçoit des particules osseuses menues et mobiles comme des grains de sable. Les mouvements de l'articulation de l'épaule ne sont pas impossibles.

On agrandit par une incision les orifices des fistules et l'on trouva trois foyers de séquestres mobiles. L'un près du bord postérieur de l'omoplate contenait deux séquestres longs de un et de deux centimètres. Le deuxième foyer situé à peu près au milieu du bord antérieur de l'omoplate contenait plusieurs séquestres dont l'épaisseur ne dépassait pas celle de l'ongle du petit doigt. De la 3^e cavité enfin, située à la face inférieure de l'épine on put extraire quelques fins séquestres. Dans la suite des particules osseuses nécrosées, de la grosseur de grains de sable, furent extraites de ces trois cavités.

Observation 10

*Communiquée par M. le Dr Jalaguier, professeur agrégé
à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.*

Le jeune C... Georges, âgé de 9 ans, habituellement bien portant, fit le 7 mars une chute sur le bras ou l'épaule gauche, et, dès le soir il ressentit de vagues douleurs dans tout le membre supérieur. Le 9 mars C... éprouve dans la région de l'épaule des douleurs sourdes, gravatives, une sensation de gêne et de pesanteur. Un médecin consulté ordonne des massages et des frictions ; les phénomènes douloureux augmentant, on cesse cette médication.

En même temps l'état général s'amoindrit, l'appétit a disparu, le faciès est devenu plus pâle, une fièvre légère s'allume.

L'enfant immobilise complètement son membre supérieur gauche, l'épaule de ce côté est en effet douloureuse à la pression, au niveau de la fosse sous-épineuse la peau est œdématiée, on perçoit en ce point une fluctuation assez nette. L'apophyse coracoïde est normale ; l'articulation paraît saine. C'est dans cet état que le petit malade se présente à l'hôpital Trousseau, le 19 mars.

Sous le chloroforme, on pratique une incision de six centimètres de longueur, incision inférieure et parallèle à l'épine de l'omoplate. Profondément on trouve un grand verre environ d'un pus franchement jaune. Le doigt intro-

duit dans la plaie reconnaît l'existence d'un décollement qui atteint l'épine de l'omoplate, en avant et en dehors.

On pratique un grand lavage de la plaie que l'on ferme incomplètement par deux points de suture aux crins de Florence après avoir placé un drain.

Le 21 mars, nouveau pansement ; la suppuration assez intense nécessite l'ablation des fils. A partir de ce jour, l'affection suit une marche normale vers la guérison.

L'examen du pus a dévoilé la présence du staphylocoque doré.

Observation 11

Observation communiquée par M. le Dr Jalaguier, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.

La jeune Joséphine C..., âgée de 8 ans, entrée le 26 février 1895 salle Valleix, n'a eu dans son enfance d'autres maladies que la rougeole à sept ans et demi. Il y a quatre mois, en novembre 1896, cette jeune fille ressentit, dans l'épaule gauche, de violentes douleurs, dont la cause ne put être découverte et qui ne s'accompagnèrent d'aucune fièvre suivant les affirmations de la mère.

L'examen de l'enfant, fait à son entrée à l'hôpital, montre un gonflement de toute la région scapulaire gauche, mais principalement en arrière, au niveau de la fosse sous-épineuse, où l'on perçoit même de la fluctuation. Les mou-

vements du bras ne sont pas très douloureux, mais ils sont peu étendus, et la malade immobilise le plus possible son articulation scapulo-humérale gauche. L'aisselle, la clavicule, et aussi la région sus-épineuse ne présentent rien d'anormal.

L'épine de l'omoplate, surtout dans sa partie externe, et aussi l'apophyse coracoïde sont douloureuses à la pression, comme en témoignent les cris de la malade. La fièvre est nulle. On porte le diagnostic d'arthrite tuberculeuse scapulo-humérale avec lésion surtout marquée au niveau de la cavité-glenoïde, et s'accompagnant d'un abcès dans la fosse sous-épineuse ; toutefois on fait des réserves au sujet d'une ostéomyélite de l'omoplate.

Le 4 mars, on pratique une longue incision à la partie externe de la fosse sous-épineuse, puis l'on passe au-dessous du bord postérieur du deltoïde qui est récliné en haut ; pendant cette manœuvre, on aperçoit le nerf du sous-épineux. Profondément et tout-à-fait en dehors on trouve une certaine quantité de pus bien lié. La sonde cannelée introduite dans la plaie vient faire saillie sous la peau, à la partie antérieure de l'épaule, près de l'apophyse coracoïde. Un grand lavage antiseptique est pratiqué et des drains portés jusqu'au fond de la plaie qui est suturée. Cette opération semble démontrer qu'il s'agit bien là d'une ostéomyélite de l'omoplate, à marche subaigüe, siégeant près de la base de l'apophyse coracoïde, le pus ayant fusé jusque dans la fosse épineuse. L'articulation n'a pas été lésée.

Dans la soirée de ce même jour, l'enfant se plaint de douleurs dans le bras et l'avant-bras, qui sont attribuées à l'irritation du nerf sous-épineux, ou d'un autre nerf.

La température est de 39° 1. L'examen du pus décèle la présence du pneumocoque, la recherche du bacille de Koch n'a pas été faite.

Le 5 mars, au matin, le thermomètre marque 37° 7, le soir la température s'est élevée à 38° 2. Les douleurs du membre supérieur ont presque complètement disparu. Le 11 mars, on procède à l'ablation des fils, la réunion est parfaite, mais on laisse le drain car la suppuration semble avoir été assez abondante. Les mouvements de l'épaule sont faciles, mais la pression de la partie antérieure de l'articulation et de la région coracoïdienne est toujours presque aussi douloureuse.

Le 20 mars, le doigt introduit par le trajet du drain, pénètre dans l'articulation scapulo-humérale dont la capsule est déchirée à la partie supérieure. La cavité articulaire renferme de nombreuses fongosités qui sont curettées. Un point osseux de quelques millimètres, situé à la face inférieure de l'épine de l'omoplate, est complètement dénudé. On fait une incision à la partie antérieure de l'épaule, les fibres du deltoïde sont tranchés et on arrive sur la capsule articulaire déchirée à sa partie supérieure. Les extrémités osseuses paraissent saines, on nettoie la plaie avec une solution de chlorure de zinc et l'on place un drain dans la plaie antérieure que l'on suture et que l'on recouvre d'un pansement au salol. Puis on immobilise le membre supérieur.

L'examen des fongosités fait reconnaître la présence du bacille de Koch et du pneumocoque.

Le 26 mars, on enlève les fils au niveau desquels la réunion est parfaite, le pansement témoigne d'une abondante suppuration.

Le 1^{er} avril, les drains sont supprimés, et l'enfant sort de l'hôpital le 17 avril n'ayant plus qu'une suppuration insignifiante par la fistule antérieure.

La jeune Joséphine C..., est revue le 26 juillet de la même année, la guérison est parfaite, il n'y a pas d'ankylose, cependant il persiste encore un peu de raideur de l'épaule, accompagnée d'atrophie du deltoïde.



CONCLUSIONS

1° L'omoplate, localisation rare de l'ostéomyélite est peut-être cependant de tous les os plats celui qui est le plus fréquemment le siège de cette maladie.

2° D'un diagnostic souvent difficile, l'ostéomyélite de l'omoplate est souvent d'une extrême gravité.

3° Son siège habituel, presque constant, est l'angle externe de l'os. Les épiphyses glénoïdienne et coracoïdienne sont fréquemment complètement détachées du reste de l'os.

4° Le voisinage immédiat de l'articulation de l'épaule explique que l'arthrite suppurée de cette jointure vienne souvent compliquer cette ostéomyélite. Toutefois cette complication n'est pas constante, et l'anatomie explique comment l'articulation scapulo-humérale peut demeurer intacte au voisinage de la lésion épiphysaire, protégée par une très mince couche osseuse.

5° Là comme ailleurs l'indication d'intervenir est absolument impérieuse. Il faut au plus tôt aller ouvrir,

vider, nettoyer le foyer d'ostéomyélite, en s'ouvrant la brèche nécessaire.

6° La voie postérieure nous paraît indiscutablement la plus sûre, la plus courte et la meilleure pour procéder à cette intervention.

7° Bien qu'on puisse utiliser cette voie de plusieurs manières et qu'on doive toujours, dans l'espèce, s'inspirer des circonstances, il nous a semblé qu'à l'aide d'une grande incision curviligne, circonscrivant le deltoïde, on pouvait facilement passant au-dessous de l'épine et abaissant le sous-épineux, aborder l'angle externe.

8° Pour peu qu'on soit un peu gêné dans les manœuvres nécessaires à l'évacuation du foyer, à la trépanation de l'os, il nous a paru que l'on était autorisé à sectionner l'épine de l'omoplate, ce qui permet de relever en dehors comme un lambeau le deltoïde et l'acromion, et permet d'exécuter sûrement et avec facilité les temps importants, essentiels, de l'opération.

Vu :

**Le Président de la Thèse,
A. LE DENTU.**

Vu :

**Le Doyen,
BROUARDEL.**

Vu et permis d'imprimer :

**Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.**

BIBLIOGRAPHIE

- Développement des os. Rambaud et Renault, page 194.
- Dictionnaire des sciences médicales, volumes 24 et 26, articles omoplate, os, périoste.
- Beitrage über die acute Osteomyelitis der kürzen und platten Knochen von Fröhner. Brüns.
- Beitr. zur klinisch. Chirurgie, année 1889, volume V, page 79.
- Beitrage zur Statistik der akuten spontanen Osteomyelitis der langen Röhrenknochen von P. Haaga.
- Brun's Beitr. zur klinisch. Chirurgie, année 1889, volume V, page 48.
- Maladies parasitaires des os. Gangolphe, chapitre III, page 47.
- De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance. Lannelongue, Paris 1879, passim.
- Des ostéites de l'omoplate. Audry, Revue de chirurgie, 1887, vol. VII, page 865.
- Régénération des os et résections sous-périostées. Ollier, page 129.
- Transactions of the pathological Society of London 1887, vol. XXXVIII, page 58.
- De l'ostéomyélite chronique et prolongée. Lannelongue et Comby, Archives générales de médecine, 1879, vol. II, page 697.

